Ueber

Darmblutung bei Abdominaltyphus.

Eine Statistik der in den Jahren 1886—96 auf der I. med. Klinik beobachteten Fälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Max Maier,
cand. med. aus Bodenwöhr.

München 1901.
Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Lossen.

Ueber

Darmblutung bei Abdominaltyphus.

Eine Statistik der in den Jahren 1886—96 auf der I. med. Klinik beobachteten Fälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Max Maier,
cand. med. aus Bodenwöhr.

München 1901.
Kgl. Hofbuchdruckerei von Kastner & Lossen.

Ueber Darmblutung bei Abdominaltyphus.

Eine Statistik der in den Jahren 1886—1896 auf der I. med. Klinik und Abteilung des Herrn Geheimrats v. Ziemssen beobachteten Fälle.

Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrat von Ziemssen lasse ich zunächst in aller Kürze die einschlägigen Krankengeschichten folgen, und zwar in der Reihenfolge der Eintrittstage in die Klinik.

Fall I.

E. Marie, 21 Jahre alt.

Eintritt: 6. Februar 1886 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte in der Nacht vom 1. zum 2. Februar an Kopfschmerz, abwechselndem Frost- und Hitzegefühl; am 3. musste sie sich niederlegen. Früher war sie stets gesund.

Status praesens: Temperatur hoch febril, Puls voll und ziemlich frequent. Auf den Lungen vereinzelte Rhonchi; Herz normal. Abdomen etwas aufgetrieben, nicht druckempfindlich; Milz deutlich vergrössert, nicht palpabel. Roseola nicht vorhanden.

Diagnose: Typhus abdominalis.

Verlauf: Bis 20. II.: Febris continua; Nächte sind schlaflos, unruhig; Müdigkeit, Herzklopfen; bedeutende Diarrhöen.

Vom 20. bis 24. II. Tiefe spontane Remissionen, schliesslich normale Temperatur; gleichzeitig Besserung des Allgemeinbefindens, Zurückgehen der Milzschwellung; Stühle geformt. Vom 25. II. an plötzliches Wiederansteigen der Temperatur zu beträchtlicher Höhe und Febris continua; Stühle wieder diarrhöisch, allgemeines Befinden sehr gestört; Auftreten spärlicher Roseolen. Am 4. März Schüttelfrost von

einstündiger Dauer; diffuse Rötung über dem ganzen Körper; Schwellung der rechten unteren Extremität, Vena saphena als Strang deutlich zu fühlen; häufig Erbrechen. Am 8. III. Sichtlicher Kräfteverfall; Benommenes Sensorium; sehr kleiner Puls; Dämpfung über dem rechten unteren Lungenlappen. Am 11. III. Entleerung eines schwachblutigen Stuhles. (38. Krankheitstag.) Sinken der Temperatur auf 37° C. Keine Wiederholung der Blutung. Am 14. III. mittags plötzlich Collaps und Exitus letalis.

Sektionsbericht: Leider nicht mehr zu erhalten.

Fall II.

S. Viktoria, 20 Jahre alt.

Eintritt: 8. Juni 1886 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. war früher stets gesund. Am 4. VI. abends bekam sie einen Schüttelfrost; nachts erfolgte Schweissausbruch. Appetit nicht mehr vorhanden, ausserdem besteht grosse Mattigkeit und Fieber.

Status praesens: Schwächlicher Körper, Haut und Schleimhäute anaemisch. Sensorium nicht ganz frei; Abdomen empfindlich, besonders in der Ileocoecalgegend. Ueber der rechten Lungenspitze Dämpfung. Milz nicht vergrössert. Harn von geringer Menge, spez. Gewicht: 1025; stark opaleszierend bei Kochprobe, zahlreiche granulierte Cylinder enthaltend.

Verlauf: Bis zum 19. VI. hohes Fieber, von Remissionen infolge der Bäder unterbrochen; Stuhl häufig und diarrhoisch; Puls dikrot, flatternd; Vergrösserung der Milz; zahlreiche Roseolaflecken; diffuse Bronchitis. Vom 19. VI. ab: Abnahme der Intensität des Fiebers aber nicht der subjektiven und objektiven Symptome. Am 23. VI. spontan Fieberabfall zur Norm aber an demselben Tage Wiederansteigen zu beträchtlicher Höhe. Am 1. VII. Besserung im Allgemeinbefinden. Am 2. VII. erfolgen 5 blutige Stühle (29. Krankheitstag). Dieselben wiederholen sich nicht. Vom 13. VII. ab tiefe spontane Remissionen; Pat. fühlt sich wohler und kräftiger.

Am 6. IX. Geheilt entlassen.

Fall III.

B. Anna, 28 Jahre alt.

Eintritt: 16. Juli 1896 (8. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. gibt verwirrte und zum Teil sinnlose Antworten; sie ist seit 8 Tagen unwohl, leidet an Erbrechen, Appetitlosigkeit und Diarrhoe.

Status praesens: Hohes Fieber, ein aus zahlreichen kleinen roten Flecken bestehendes Exanthem über Brust, Bauch und Rücken. Milz stark vergrössert, nicht palpabel.

Verlauf: Febris continua bis zum 20. VII. Getrübtes Sensorium; Harn opaleszierend, enthält rote Blutkörperchen, viel Eiter, Körnchencylinder.

19. VII. Ein stark blutiger Stuhl.

Ordination: Tinct. opii 2stdl. 10 Tropfen; Extract. Secal. cornut. 0,2 2stdl. Vesica glacialis ad abdomen.

Vom 20. VII. ab keine Darmblutung mehr; Febris remittens mit tiefen Morgen- und hohen Abendtemperaturen; subjektives Befinden bessert sich sehr langsam; vom 18. VIII. ab fieberfrei; am 4. IX. geheilt entlassen.

Fall IV.

K. Auguste, 16 Jahre alt.

Eintritt: 26. Juni 1886 (4. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. verspürte vor 3 Tagen plötzlich heftiges Unwohlsein; gleichzeitig trat Appetitlosigkeit, Fieber auf, in den letzten Tagen starke Diarrhoe.

Status praesens: Herzaktion unregelmässig; Lungen frei; Milz in den hinteren Partieen vergrössert; Sensorium frei; ausgebreitete Petechien über Extremitäten und Rumpf. Hohes Fieber.

Verlauf: Bis 2. VIII. hohes Fieber mit Remissionen nach kühlen Bädern. Auf Calomel exquisite erbsenbrühartige Typhusstühle.

Am 4. VIII. scheinbare Besserung im Befinden, aber Milz sehr druckempfindlich und vergrössert; nachts tritt Schüttelfrost auf.

Am 6. VIII. stark bluthaltiger Stuhl. Sinken der Temperatur auf 36,0° C. Radialpuls schwach; Pat. bekommt Campherinjektionen.

Am 7. VIII. abermals blutiger Stuhl.

Ordination: Vesica glacialis abdominis.

Am 8. VIII. morgens Temperatur 37,0° C.

Am 10. VIII. 2 blutige Stühle.

Am 13. VIII. nachts wird Pat. pulslos, kalt, cyanotisch, Streckkrämpfe treten ein.

Am 14. VIII. morgens Exitus letalis.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis. Parenchymatöse Nephritis, eitrig zerfallene Infarkte beider Nieren, beiderseitige seröse Pleuritis, Lungenoedem, fettige Degeneration des Herzens, Allgemeine Anaemie.

Fall V.

W. Johann, 23 Jahre alt.

Eintritt: 22. Oktober 1886 (3. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. wurde vorgestern Nachmittag plötzlich unsicher und schwindlich, so dass er sich nicht mehr aufrecht erhalten konnte; dazu kam Zittern und Hitzegefühl.

Status praesens: Anaemisches Aussehen; Zunge weiss belegt; Herz und Lunge normal; Puls dikrot, beschleunigt; Milz deutlich vergrössert; Abdomen nicht druckempfindlich.

Ordination: Calomel 0,5; Antifebrin.

Verlauf: Bis 30. X. hohes von Antifebrinremissionen unterbrochenes Fieber; starke Diarrhoe; Auftreten von Roseolen.

Am 27. X. eine blutige Stuhlentleerung. Diese wiederholt sich in den folgenden Tagen nicht, es besteht Obstipation.

Vom 30. X. ab allmählicher Nachlass des Fiebers; Besserung im Allgemeinbefinden.

Vom 7. XI. ab Pat. fieberfrei.

Am 21. XI. geheilt entlassen.

Fall VI.

R. Emilie, 23 Jahre alt.

Eintritt: 28. VI. 1887 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. klagt seit 4 Tagen über Kopfweh, Mattigkeit, Uebelkeit, galliges Erbrechen und Magendrücken; Appetit fehlt, Stuhl ist regelmässig.

Status praesens: Kräftiger Körper, Herz und Lunge normal; Abdominalorgane zeigen keinen abnormen Befund; Temperatur 37,6 °C.

Ordination: Infus. Sennae.

Verlauf: Am Tage nach der Aufnahme steigern sich plötzlich die bis dahin nur geringgradigen Beschwerden, gleichzeitig steigt die Temperatur über 40,0 °C.; ferner in den folgenden Tagen Auftreten von Roseolen; erbsenbrühartige Stühle werden häufig entleert.

Am 13. VII. erfolgt Darmblutung; auf dieselbe folgt geringer Temperaturabfall. Ordination 3 mal tgl. 20 Tropfen Extract. Secal. Cornut., Eiswasserklystiere und Eisblase auf das Abdomen; Milz ist sehr stark vergrössert (23 : 12). Die Darmblutung wiederholt sich nicht mehr.

Am 14. VII. wässeriger, aber blutfreier Stuhl; schwache Dämpfung und laute, trockene Rhonchi über dem rechten unteren Lungenlappen; Auftreten eines rechtsseitigen Mittelohrkatarrhs; ausserdem Erysipel der beiden Wangen; Puls dikrot, sehr beschleunigt; Herztöne leise. Im Harn beträchtlich viel Eiweiss. Bis 23. VII. hohes Fieber fortbestehend; Pat. deliriert sehr viel, lässt unter sich gehen.

Am 23. VII. Erste spontane Remission, Besserung des Allgemeinzustandes.

Am 28. VII. Starker Schüttelfrost und abermaliges Ansteigen der Temperatur, welche hoch bleibt bis zum 10. VIII. Grosse Schwäche, Delirien.

Erst vom 20. VIII. ab allmähliches Nachlassen der Temperatur und der Beschwerden.

Am 26. IX. geheilt entlassen.

Fall VII.

F. Max, 19 Jahre alt.

Eintritt: 6. I. 1888 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 2. ds. an allgemeiner Abgeschlagenheit, abwechselnd Frost und Hitze; Stuhl ist obstipiert.

Status praesens: Robuster Körper, Cyanose des Gesichtes; Herz und Lunge normal; Abdomen weich, nirgends druckempfindlich; Darm meteoristisch aufgetrieben; Milz beträchtlich vergrössert. Auf dem rechten Epigastrium mehrere Roseolaflecken.

Ordination: Kühle Bäder.

Verlauf: Febris continua; Pat. deliriert; ist kaum im Bette zu halten; Lippen und Zunge sehr spröde; diffuse Bronchitis; Puls dikrot; Pat. lässt unter sich gehen; im Harn ist viel Eiweiss.

Am 15. I. ist eine katarrhalische Pneumonie des linken Unterlappens zu konstatieren.

Am 17. I. vormittags ein reichlich blutiger Stuhl, den Pat. unter sich gehen liess; Ordination: Eiswasserklystiere, Eisblase auf das Abdomen; Aussetzen der Bäder.

Herzaktion unregelmässig; Temperatur gleich hoch; Puls klein.

In der Nacht vom 17. auf 18. I. abermals ein blutiger Stuhl; Sensorium bleibt völlig benommen.

Am 19. I. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis in der 3. Woche mit Blutungen aus den Geschwüren; Pleuropneumonie des linken Unterlappens; zahlreiche Blutungen in die Bauchmuskulatur; akute Leptomeningitis.

Fall VIII.

Z. Marie, 21 Jahre alt.
Eintritt: 7. I. 1888 (8. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. hatte am 24. XII. 87 das Krankenhaus verlassen, wo sie wegen Halsentzündung und Brustkatarrh behandelt worden war. An demselben Tage stellten sich Leibschmerzen und Durchfall ein; der Stuhl soll aus Blut und Schleim bestanden haben. Seit 31. XII. 87 bestehen heftige Genickschmerzen, Fieber, Kopfweh, ausserdem Husten und Blutspucken.

Status praesens: hohes Fieber; Puls sehr frequent, dikrot; Zunge grau belegt; über der rechten Lungenspitze Dämpfung und verstärktes Vesikuläratmen. Herz normal; Urin von Eiweiss frei.

Verlauf: Bis 13. I. Febris continua, Hals- und Genickschmerzen; Husten; spärlicher Auswurf; Stühle diarrhöisch 4—5 mal täglich; Milz vergrössert.

Am 12. I. treten Roseolaflecken auf.

Vom 14. I. ab Febris remittens; subjektives Befinden bedeutend besser; im Urin etwas Eiweiss.

Am 20. I. entleert Pat. einen blutig gefärbten Stuhl: an demselben Tage tritt Schüttelfrost auf.

Am 22. I. 2 sehr blutverdächtige Stühle; Erbrechen;

Am 28. I. Pat. fieberfrei; subjektives Wohlbefinden; Urin eiweissfrei; Milzschwellung zurückgegangen.

Am 9. III. geheilt entlassen.

Fall IX.

F. Rosa, 17 Jahre alt.
Eintritt: 27. III. 1888 (3. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. leidet seit 2 Tagen an Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerz und Benommenheit.

Status praesens: Kräftiger Körper; Perkussionsschall über beiden Spitzen verkürzt; an der Mitralis ein systolisches Geräusch, die zweiten Gefässtöne accentuirt; Abdomen nicht druckempfindlich, wenig vorgewölbt; Milz vergrössert.

Ordination: Eisblase, Calomel 0,5.

Verlauf: Hohes, kontinuierliches Fieber bis 16. IV.; in den ersten Tagen besteht Obstipation, Kopfweh und Erbrechen; vom 2. IV. ab Diarrhöe.

Am 4. IV. Pat. entleert einen haemorrhagischen Stuhl; Ordination: Diät, kalte Milch; Eisblase auf den Leib; Darmblutung wiederholt sich nicht mehr.

Vom 17. IV. ab Abnahme der Fieberhöhe; Besserung des subjektiven Befindens; Stühle nicht mehr diarrhöisch.

Am 21. IV. normale Temperatur.

Am 3. V. geheilt entlassen.

Fall X.

St. Marie, 24 Jahre alt.
Eintritt: 12. V. 1888 (3. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 10. V. mit starkem Kopfweh; zugleich traten starke Schmerzen in beiden Fussgelenken auf; ferner abwechselnd Frost und Hitze; Appetit ist schlecht; Stuhl seit heute morgen diarrhöisch.

Status praesens: die linke Parotisgegend geschwellt und druckempfindlich; Haut darüber gerötet. Die hintere Rachenwand zeigt schmutzig grauen Belag. Lunge und Herz normal. Abdomen meteoristisch aufgetrieben; Milz nicht vergrössert; Urin opaleszierend.

Verlauf: Fieber hoch mit unregelmässigen Remissionen; die Parotitis geht noch im Laufe der ersten Woche zurück; Stühle diarrhöisch, von graugelber Farbe, zwei Schichten zeigend; zahlreiche Roseolae.

Am 20. V.: Mit dem Stuhl ca. 1 Liter Blut entleert; grosse Mattigkeit und Schwindelgefühl, kleiner beschleunigter Puls.

Am 21. V.: 2 blutige Stühle; Ordination: Eisklysma, Pulv. Opii 0,01; das vorher benommene Sensorium freier. In den nächsten Tagen diarrhöische, nicht mehr blutige Stühle.

Am 28. V. abermals 2 blutige Stühle, ebenso am 29. V.: Ordination: Opiumklysma; Injektion von Sklero-Ainsäure 1 : 4; im weiteren Verlaufe der Krankheit tritt eine Darmblutung nicht mehr auf.

Am 10. VI. die linke obere und untere Extremität gelähmt; Sensibilität daselbst herabgesetzt; Zwangstellung der Bulbi nach rechts; rechter Mundwinkel geöffnet, linker verzogen; Patellarreflexe erloschen.

Am 13. VI. zunehmende Schwäche, beschleunigtes dyspnoisches Atmen.

Am 14. VI. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Ileocoecaltyphus in der 5. Woche mit reichlichen in Heilung begriffenen Geschwüren im Ileum und ganzen Colon; Nekrotische Erweichung einzelner Mesenterialdrüsen; Endocarditis verrucosa der Mitralis; Embolie der Arteria pro fossa Sylvii dextr. mit beginnender Erweichung der Gegend der inneren Kapsel und deren Umgebung; Thrombose der Tricuspidalis; Embolie und Thrombose der Lungenarterie; Nekrotische Teile der Milz und Nieren.

Fall XI.

B. Pauline, 18 Jahre alt.
Eintritt: 21. V. 1888 (4. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. leidet seit 6 Jahren an Kopfschmerzen, die nur einige Tage dauern und von selbst wieder verschwinden. Seit 18. V.

bestehen dieselben besonders heftig, zugleich Fieber und Appetitlosigkeit; Stuhl ist regelmässig.

Status praesens: Puls klein und frequent; Respiration dyspnoisch; Lippen cyanotisch; Temperatur hoch febril; Herz und Lungen normal, desgleichen Abdomen.

Verlauf: Hohes von Antifebrinremissionen unterbrochenes Fieber.

Am 23. V.: Pat. soporös, reagiert nur auf stärkere Reize; Milz vergrössert; auf dem Abdomen zahlreiche Roseolen; zahlreiche Stühle von erbsenbrühartiger Beschaffenheit.

Am 2. VI. über beiden unteren Lungenlappen handbreite Dämpfung, trockenes und feuchtes Rasseln; Urin mässig eiweisshaltig.

Am 9. VI.: Sensorium völlig benommen; Pat. lässt Stuhl und Urin unter sich gehen; der Leib ist schmerzhaft.

Am 16. VI. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis mit frischen Nachschüben; Lobulärpneumonie; Milztumor; Embolieen der beiden Nieren; Milzinfarkt. Im Dickdarm fand sich in den unteren Partien blutiger Inhalt.

Fall XII.

H. Jakob, 15 Jahre alt.
Eintritt: 21. IX. 1888 (8. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkältete sich vor 8 Tagen; er bekam sofort einen Frostanfall und hatte eine unruhige Nacht; seitdem besteht Appetitmangel, Müdigkeit, Uebelsein, Eingenommenheit des Kopfes.

Status praesens: Graziler Körperbau; Haut und sichtbare Schleimhäute blass; Herz und Lunge normal; Abdomen weich, etwas vorgewölbt, auf demselben mehrere Roseolae, auf Druck Plätschergeräusch; Milz vergrössert.

Verlauf: Ziemlich hohes, unregelmässiges Fieber.

Am 27. IX. 2 Stühle, von denen der letzte blutig war; Pat. anaemisch, Sensorium benommen; Zunge glänzend und trocken.

Am 30. IX. abermals blutiger Stuhl; Ordination: Opiumklysma. Puls klein, weich, frequent; geringe Oedeme der Knöchelgegend.

Am 2. X. abermals ein Blutstuhl; Abfall des Fiebers, vorübergehend. In der folgenden Krankheitsperiode treten blutige Stühle nicht mehr auf; am 12. X. kommt ein frischer Nachschub des Typhus mit Mittelohrentzündung kompliziert.

Am 20. X. Pat. fieberfrei.

Am 8. XI. geheilt entlassen.

Fall XIII.

Dr. P., 35 Jahre alt.
Eintritt: 7. X. 1888 (8. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 30. IX. 1888 unter Kopfschmerzen, Hitzegefühl, allgemeiner Mattigkeit; Stuhl ist obstipiert.

Status praesens: Kräftiger Körper; Puls klein und gespannt; Herz und Lunge normal; Abdomen stark vorgewölbt, nirgends druckempfindlich. Stuhl dünn, gelbbraun.

Verlauf: Febris continua; Pat. ist sehr unruhig, macht Fluchtversuche, Sensorium vollständig benommen. Ueber den Lungen zähe Rasselgeräusche; Milz stark vergrössert; Stuhl geschichtet, erbsenbrühartig; beides zum Teil unwillkürlich entleert.

Am 11. X. 1 blutiger Stuhl nachmittags, 2 solche folgen abends: Sensorium etwas freier;

12. bis 16. X. täglich mehrere blutige Stühle; äusserste Schwäche.

Ordination: Campher; Eiswasserklystiere; Acid. sclerotinic. 1,0.

15. X. Darmpunktion, reichl. Gasentleerung;

Am 17. X. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis in der 4. Woche; reichliche noch nicht gereinigte Geschwüre.

Fall XIV.

W. Stefan, 21 Jahre alt.
Eintritt: 10. I. 1889 (6. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. leidet seit 5 Tagen an Kopf- und Halsweh; Appetit gut; Stuhl regelmässig.

Status praesens: Mittelkräftiger Körper; Hautfarbe blass; Lungenspitzen bes. rechts gedämpft; sonstige Organe normal.

Verlauf: Unregelmässiges, ziemlich hohes Fieber;

Am 15. I. Roseolen auf dem Abdomen; Milz stark vergrössert; Stühle dünnflüssig; Stimme aphonisch; im Urin Eiweiss;

Am 22. I. Pat. hochgradig apathisch; halluziniert; es besteht beständiger Tremor, zeitweises Zähneknirschen; Pupille ist weit; Gesichtsausdruck starr.

Am 25. I. nachmittags 2 h. die Darmblutung, welche bis abends 8 h. dauert, worauf der Exitus letalis eintritt.

Ordination: Injektion von Acid. olecrotin.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis 3. Woche, Recidiv; Hydrocephalus externus; Milztumor; eitrige Bronchitis; Enorme Darmblutung.

Fall XV.

K. Katharina, 20 Jahre alt.
Eintritt: 18. VII. 1889 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Patient erkrankte am 14. VII. mit Halsweh, Fieber, Kopfweh, Appetitlosigkeit und Obstipation.

Status praesens: Rachen stark gerötet, Tonsillen geschwellt; aus der rechten entleert sich Eiter; Halslymphdrüsen geschwellt.

Verlauf: Bis 17. VIII. zeigt Pat. die Erscheinungen einer eitrigen Angina und eines akuten Gelenkrheumatismus mit geringen Temperatursteigerungen.

Am 17. VIII. Plötzliches Ansteigen der Temperatur zu hohem Fieber, das bis zum 21. IX. auf der Höhe bleibt.

Am 19. III. diarrhöische, typhöse Stühle; Vergrösserung der Milz; Druckempfindlichkeit des Abdomens;

Am 23. III. Delirien; Roseola auf Brust und Bauch; Urin eiweisshaltig.

Am 3. IX. ein blutiger Stuhl Ordination: Extract. Secal. Cornut. Blutige Stühle wiederholen sich nicht mehr; Besserung aller Beschwerden.

Am 21. IX. erste spontane Remission.

Am 23. X. geheilt entlassen.

Fall XVI.

E. Anna, 25 Jahre alt.

Eintritt: 21. IX. 1889 (6. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 16. IX. abends plötzlich an Kopfschmerz und Hitzegefühl; Appetit fehlt; ferner klagt sie über Mattigkeit und Schwäche.

Status praesens: Kräftiger Körperbau; Sensorium benommen; Schlaf sehr unruhig; Lunge und Herz normal; Stuhl dünnflüssig, geschichtet; auf dem Abdomen ein Roseolafleck; Temperatur febril.

Verlauf; Hohes Fieber mit unregelmässigen Remissionen. Pat. ist somnolent, apathisch.

Am 30. IX. über dem rechten unteren Lungenlappen gedämpfter Perkussionsschall und reines lautes Bronchialatmen.

Am 1. X. Blutiger Stuhl mit nachfolgendem Temperaturabfall.

Ordination: Infus. Secal. cornut. Champagner.

Am 2. X. ein blutiger Stuhl, dann ein blutfreier; Darmblutung wiederholt sich nicht mehr.

In den nächstfolgenden Tagen Rückgang der Erscheinungen und des Fiebers.

Am 7. X. Wiederansteigen der Temperatur zu beträchtlicher Höhe; es stellt sich im Laufe der nächsten Tage eine Otitis media mit blutig serösem Ausfluss ein, sowie Erysipel der Nase, Oberlippe und der Wangen, später auch des rechten oberen Augenlides.

15. X. bis 26. X. Pat. fieberlos; Otitis media führt zu mehreren Perforationen des Trommelfells; sonst Wohlbefinden.

Am 27. X. Neuerdings Wiederansteigen der Temperatur; hohes Fieber bis zum 17. XI. Auftreten neuer Roseolen; Diarrhoe; Schwellung der Milz.

Am 18. IX. Abnahme der Intensität des Fiebers und der übrigen Symptome.

Am 10. XII. geheilt entlassen.

Fall XVII.

Sch. Cäcilie, 21 Jahre alt.

Eintritt: 9. XI. 1889 (6. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 4. XI. mit starkem Hitzegefühl abwechselnd mit Frösteln; seit 7. XI. verspürt sie namentlich beim Liegen einen stechenden Schmerz in der rechten unteren Brustseite; Stuhl ist angehalten.

Status praesens: Kräftiger, gut genährter Körper; Zunge belegt; Puls klein und frequent; Herz und Lunge normal. Milz vergrössert.

Verlauf: Febris continua bis 17. XI. dünnflüssige, grünlich verfärbte Stühle; im Urin Eiweiss; Zunahme der Milzschwellung; Apathie.

Am 16. XI. ein blutiger Stuhl; Sensorium benommen.

Am 17. XI. abermals ein blutiger Stuhl; Ordination: Sklerotineinspritzung; Eisblase auf dem Leib; Eispillen; Opium; Infus. Secal. cornut. 10,0 : 150,0.

Vom 17. XI. ab Febris remittens; Darmblutung wiederholt sich nicht. Rasche Besserung des Allgemeinzustandes.

Am 6. XII. Pat. fieberfrei.

Am 27. XII. geheilt entlassen.

Fall XVIII.

H. Franziska, 23 Jahre alt.

Eintritt: 18. XII. 1889 (6. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte vor 5 Tagen mit Husten, Kopfschmerz, Schlingbeschwerden; früher hatte sie öfters Halsentzündung.

Status praesens: Kräftiger, gut genährter Körper; Rötung der Nasen- und Rachenschleimhaut; über den Lungen vereinzelte Rhonchi; Temperatur febril.

Verlauf: Hohes kontinuierliches Fieber; Stuhl gelb, dünnflüssig; öfters Erbrechen; auf der ganzen Lunge kleinblasiges Rasseln.

Am 25. XII. 3 Blutstühle; Temperatur sinkt, steigt aber bald wieder.

Am 26. XII. 4 Blutstühle; Cyanose, benommenes Sensorium; Schwerhörigkeit; Delirien; Puls klein und weich. Milz stark vergrössert.

Ordination: Acid. sclerotin.; Glacies; Infus. Secal. cornut. 10,0 : 150,0.

Darmblutung tritt im weiteren Verlauf nicht mehr auf.

Am 3. I. 1890: Kräfteverfall; Temperatur 41,3° C; Dämpfung über beiden unteren Lungenlappen.

Am 4. I. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Typhus abdominalis; Schwellung der Peyerschen Plâques; Geschwüre im unteren Teil des Dünndarmes.

Fall XIX.

K. Franziska, 24 Jahre alt.

Eintritt: 11. XI. 1889 (14. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 29. Oktober an Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Kopfweh und Fieber. Sie wurde als „magenkrank“ mit Breiumschlägen auf das Epigastrium behandelt. Seit 2 Jahren will sie kränklich sein, an Obstipation und Menstruationsanomalien leiden.

Status praesens: am 15. XI. 1889. Puls klein und weich; Hautfarbe blassgelb; Herz und Lunge normal; auf dem Abdomen abgeblasste Roseolen.

Verlauf: Am 14. XI. hatte Pat. bereits 2 sanguinulente Stühle.

Ordination: Eiswasserklystiere, Eisblase; bis zum Ende besteht hohes remittierendes Fieber.

Am 16. XI. 2 reichliche fast rein blutige Stühle; 4 Injektionen mit Acid. sclerotin; Puls klein und weich; Leib meteoristisch aufgetrieben; am 18. XI. abermals blutiger Stuhl; Puls flatternd; Delirien,

bes. nachts; Pat. lässt Stuhl und Urin unter sich gehen; Urin ist eiweisshaltig. Darmblutung wiederholt sich nicht mehr.

Am 21. XI. über dem linken unteren Lungenlappen handbreite Dämpfung und Bronchialatmen; nachmittags $3^3/_4$ h. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Ileotyphus in der 4. Woche mit mässig zahlreichen in Heilung begriffenen Geschwüren; Milztumor; Lobuläre und hypostatische Pneumonie des ganzen linken unteren Lungenlappens; trübe Schwellung der Leber und Nieren; allgemeine Anaemie; geringgradiger Hydrocephalus internus; vereinzelte Pemphigusblasen; Gehirnanaemie.

Fall XX.

H. Katharina, 24 Jahre alt.
Eintritt: 22. August 1890 (5. Krankheitstag).

Anamnese: Wegen starker Benommenheit der Pat. lässt sich nur herausbringen, dass die Krankheit am 18. VIII. begonnen hat.

Status praesens: Beide Conjunktivae gerötet; Pupillen weit und reaktionslos; auf den Lungen bronchitische Geräusche; Stühle dünn.

Verlauf: Fieber hoch mit Remissionen nach Bädern und Antipyrin.

Am 25. VIII. Auftreten zahlreicher Roseolae; Stühle dünn mit bröckeligen Beimengungen; Milz vergrössert.

Am 29. Stuhl mit geringer Blutbeimengung; Ordination: Kampher. Aussetzen der Bäder.

Besserung im Allgemeinbefinden. Fieber von hier ab geringer und remittierend;

Am 3. IX. Pat. psychisch freier, ohne Schmerzen;

Am 5. IX. Spaltung einer Parulis, Entleerung stinkenden Eiters.

Am 12. IX. völlige Entfieberung.

Am 9. X. geheilt entlassen.

Fall XXI.

P. Johann, 35 Jahre alt.
Eintritt: 3. VI. 1891 (7. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. klagt seit 28. V. über allmählich zunehmende Mattigkeit und lebhaften Kopfschmerz, wozu sich Fröste, Erbrechen und Durchfälle gesellten; Appetit fehlt, Schlaf ist schlecht; ausserdem bestehen Magenschmerzen.

Status praesens: Kräftiger, gut genährter Körper; Zunge stark belegt; Beklopfen des Schädels und Bewegungen der Halswirbelsäule sind schmerzhaft; Herz und Lunge normal; Puls beschleunigt; Abdomen schmerzhaft bei Druck; Stuhl obstipiert seit 3 Tagen.

Verlauf: Hohes kontinuierliches Fieber bis zum 10. VI. Stuhl wieder diarrhöisch, geschichtet; Milz stark vergrössert; Auftreten von Roseola.

Am 9. VI. Dämpfung über dem rechten unteren Lungenlappen hinten handbreit; Atmungsgeräusch daselbst fast aufgehoben; Pat. benommen.

Vom 13. VI. ein bluthaltiger Stuhl, vorübergehender Temperaturabfall.

Ordination: Vesica glacialis abdominis:

Am 14. VI. unwillkürlicher, stark bluthaltiger Stuhl: Ordination: Tinct. Opii; Puls klein und sehr frequent.

Am 15. VI. wieder stark bluthaltiger Stuhl; Ordination: Eisklysma.

Am 16. VI. abermals Darmblutung, Abfall der Temperatur.

Am 17. VI. ein pechschwarzer Stuhl; Darmblutung wiederholt sich nicht. Sensorium in den nächsten Tagen freier; Pat. fühlt sich ziemlich wohl; das Fieber geht sehr herab; vom 24. VI. an Pat. dauernd fieberfrei.

Am 4. VII. geheilt entlassen.

Fall XXII.

W. Magdalena, 22 Jahre alt.
Eintritt: 11. VI. 1893 (7. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. hatte von 3 Wochen einen Ausschlag über dem Körper verbreitet, aus roten Flecken bestehend, die heftig jukten.

Nach 14 Tagen verschwand derselbe, aber Pat. erkrankte nun an Fieber, Mattigkeit, Schüttelfrost, Kopfschmerz und Leibschmerzen. Appetit und Schlaf sind sehr schlecht.

Status praesens: In der Krankengeschichte nicht enthalten.

Verlauf: Hohes Fieber mit unregelmässigen Remissionen nach Bädern.

Am 21. VI. Puls sehr frequent, dichrot, auf Abdomen und Brust viele Roseolen. Milz vergrössert; Zunge trocken; Stühle dünnflüssig, deutlich geschichtet.

Am 10. VII. Stuhl von grauschwarzer Farbe, in demselben Blut nachweisbar.

Am 11. VII. wieder Blut im Stuhl; Puls klein; frequent: Sensorium klar; Ordination: Aussetzen der Bäder.

Am 16, 17, 18, 19, VII. je ein blutiger Stuhl; am 19. Haemoglobingehalt = 54 %. Von da ab keine Darmblutung mehr.

Am 8. VIII. Beginn eines Recidives.

Am 23. VIII. Pat. fieberlos.

Am 22. IX. geheilt entlassen.

Fall XXIII.

H. Crescenz, 24 Jahre alt.
Eintritt: 17. VIII (? Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte vor 3 Wochen an Mattigkeit und Kopfschmerz; sie arbeitete noch 8 Tage, musste sich aber dann niederlegen.

Status praesens: Kräftig gebauter, gut genährter Körper; Atmung dyspnoisch; Mammillae in der Ausdehnung eines 5 Mark Stückes stark pigmentiert; in der Linea alba weisse Streifen; Abdomen vorgewölbt, weich; im Abdomen fühlt man den Uterus ca. 2 Finger breit oberhalb des Nabels; Gefässgeräusche deutlich hörbar. Milz vergrössert: auf dem Abdomen Roseolae; Zunge graugrün belegt; wenig Husten, schleimig eitriges Sputum; im Urin viel Eiweiss.

Verlauf: Sehr hohes kontinuierliches Fieber;

Am 19. VIII. Partus immaturus; männliche Frucht, tot, 6 bis 7 Monate alt; Placenta folgt nach ca. ½ h. vollständig. Nachts Delirien.

Am 20. VIII. sehr schlechtes Allgemeinbefinden; Sensorium völlig getrübt; Sprache lallend, unverständlich; maniakalische Aufregungszustände; zahlreiche neue Roseolen.

Uterus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, gut kontrahiert, Lochien blutig, in geringer Menge.

Am 26. VIII. Pat. ist völlig somnolent, entleert einen kaffeesatzartigen bluthaltigen Stuhl unwillkürlich.

Am 27. VII. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Ileotyphus in der 2. Woche; gereinigte Geschwüre an der Klappe; Milztumor; Diphtherie der Vagina und des äusseren Muttermundes; Placentarreste im Uterus; Abortus vor 7 Tagen; Akute parenchymatöse Nephritis; Harnsäureinfarkte; trübe Schwellung der Leber.

Fall XXIV.

L. Franz, 38 Jahre alt.

Eintritt: 11. IX. 1891 (7. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. hat seit 8 Tagen über bedeutende Mattigkeit und Schwäche zu klagen, verbunden mit bedeutendem Fieber und Durchfall.

Status praesens: Schwächlicher, mässig gut genährter Körper; Herz und Lunge normal; Milz stark vergrössert; Abdomen meteoristisch aufgetrieben; Urin eiweisshaltig; Stühle diarrhöisch erbsenbrühartig.

Verlauf: Fieber bis zum 17. IX. kontinuierlich, dann remittierend.

Am 14. IX. zahlreiche Roseolen; Sensorium etwas benommen; am 18. IX. stark bluthaltiger Stuhl mit Temperaturabfall. Vom 18. bis 29. remittierendes abfallendes Fieber.

Am 23 IX. Wiederansteigen der Temperatur; Rezidiv.

Am 25. IX. wieder Darmblutung.

Am 1. X. 3 bluthaltige Stühle.

Am 2. X. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Abdominaltyphus am Ende der 4. Woche; Hypostase der beiden unteren Lungenlappen; linksseitige Adhäsivpleuritis; Milztumor; Parenchymatöse Nephritis; typhöse Kehlkopfgeschwüre.

Fall XXV.

B. Sophie, 28 Jahre alt.

Eintritt: 12. X. 1891 (3. Krankheitstag).

Anamnese: Seit 3 Tagen leidet Pat. an abwechselndem Frost- und Hitzegefühl; ferner besteht Schmerz im Leib und Erbrechen, Husten und Auswurf.

Status praesens: Kräftig gebauter, gut genährter Körper; Temperatur febril; Puls klein, beschleunigt; Abdomen weich, etwas druckempfindlich; Milz beträchtlich vergrössert; Stuhl regelmässig.

Verlauf: mässig schweres Krankheitsbild; diarrhöische Stühle.

Am 23. X. 2 dünne Stühle mit geringer Blutbeimischung; Erbrechen; Temperaturabfall; subjektives Befinden gut; Darmblutung wiederholt sich nicht. Ordination: Eiswasserklystiere. Eisblase auf den Leib.

Am 12. XI. Pat. fieberfrei.

Am 30. XI. geheilt entlassen.

Fall XXVI.

G. Kathi, 22 Jahre alt.
Eintritt: 11. X. 1893 (11. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. erkrankte am 1. X. an Kopfweh, Appetitosigkeit, Durstgefühl und Diarrhöe; ferner will sie Fieber gehabt haben.

Status praesens: Sensorium frei; Herz und Lunge normal; Abdomen etwas vorgewölbt; auf demselben 10 bis 12 Roseolen sichtbar; Milz vergrössert; Stuhl dünn, erbsenbrühartig; Urin enthält Eiweiss.

Verlauf: Febris continua bis 23. X. Pat. ist benommen; auf den Lungen bronchitische Geräusche.

Vom 24. X. ab remittierendes Fieber, subjektives Wohlbefinden.

Am 27. X. plötzliche Verschlimmerung des Allgemeinbefindens; Somnolenz, Delirien.

Am 28. X. blutiger Stuhl.

Am 29. X. 2 stark bluthaltige Stühle. Ebenso am 30. X. Tiefer Abfall der Temperatur.

Am 31. X. abermals blutiger Stuhl.

Am 2. XI. Kollaps.

Am 3. XI. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Ileocoecaltyphus in der 5. Woche; zahlreiche, vollständig gereinigte Geschwüre; reichliche Darmblutung; akute parenchymatöse Nephritis; schlaffe Lobulärpneumonie im rechten Unterlappen; beginnende haemorrhagische, eitrige Pleuritis linkerseits; hochgradige allgemeine Anaemie, besonders der Leber; Hypoplasie des Herzens.

Fall XXVII.

B. Karoline, 37 Jahre alt.
Eintritt: 4. VII. 1894 (7. Krankheitstag).

Anamnese: Seit 6 bis 7 Tagen ist der Kopf der Patientin angeblich sehr benommen und heiss; auch ist Pat. seitdem schwerhörig und hat unruhigen Schlaf; vor 5 Tagen trat heftiger Schüttelfrost auf; von da ab hat Pat. Diarrhöe, grüngelben Stuhl.

Status praesens: Kräftiger Körperbau, guter Ernährungszustand. Sensorium klar; Temperatur febril. Zunge belegt; Abdomen leicht meteoristisch aufgetrieben; Milz vergrössert und palpabel; im Urin ist Eiweiss.

Verlauf: Fieber unregelmässig remittierend; Pat. somnolent; Auftreten von Roseolen am Abdomen; Stühle erbsensuppenartig.

Am 11. VII. über dem rechten, unteren Lungenlappen Dämpfung.

17. VII., 18. VII. und 19. VII. im Stuhl Blutbeimengung.

Am 21. VII. schwach blutiger Stuhl.

Am 22. VII. Pat. apathisch; Darmblutung wiederholt sich nicht mehr.

Am 30. VII. Stuhl ziemlich dick und von fäkulentem Geruch.

Vom 2. VIII. bis 10. VIII. Pat. fieberfrei; subjektives Wohlbefinden.

Am 10. VIII. Beginn eines Recidives: Ansteigen der Temperatur; Apathie; Obstipation; neue Roseolen. Keine Darmblutung mehr.

Am 25. VIII. Pat. fieberfrei.

Wird von ihrem Manne nach Hause geholt.

Fall XXVIII.

E. Anna, 21 Jahre alt.

Eintritt: 21. XII. 1893 (7. Krankheitstag).

Anamnese: Pat. leidet seit 15. XII. an heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen, Stechen in der linken Seite, Mattigkeit und Husten.

Status praesens: Kräftiger, gut genährter Körper; Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Sensorium frei; Abdomen mässig gespannt. Milz vergrössert.

Vorläufige Diagnose: Influenza.

Verlauf: Unregelmässiges Fieber mit tiefen Remissionen durch Antipyrin. Bald treten Roseolen auf.

Am 11. I. 3 stark bluthaltige Stühle.

Ordination: Aussetzen der Bäder; Infus. Secal. cornut., Eisblase auf das Abdomen. Obstipation bis zum 17. I. Darmblutung kehrt nicht wieder. Von diesem Tage an spontane Remissionen; allgemeines Befinden noch immer schlecht; Pat. komatös. Erst mit dem 24. I. tritt Besserung aller Beschwerden ein.

Am 2. II. gänzliche Entfieberung.

Am 16. III. Pat. geheilt entlassen.

Ehe ich nun die Resultate aus den aufgeführten Krankengeschichten zusammenfasse, möchte ich noch diejenigen statistischen Momente anführen, welche sich auf das Verhältnis der Gesamtzahl der Typhusfälle in den Jahren 1886 bis 95 inkl. zu den aus denselben ausgesuchten Fällen von Darmblutung innerhalb dieses Zeitraumes an der hiesigen Klinik beziehen.

Wir finden in diesen 10 Jahren 304 Fälle von Tyhus abdominalis; unter diesen begegnen wir bei 28 Fällen der Darmblutung also 9,21 %.

Andere Statistiken gelangen zu anderen Resultaten.

Kraft findet: 4,24 %; Goltdammer: 6,5 %; Gossmann: 6,2 %; Gesenius: 7,7 %; Hartzell: 6,4 %; Griesinger: 5,3 %; Liebermeister: 7,3 %; Goth: 5,9 %; Strümpell: 9,5 %; die Verschiedenheit der Befunde beruht offenbar zum grossen Teil auf dem verschieden grossen Material.

Ueberraschend ist das Ergebnis eines Vergleiches der beiden Geschlechter bezüglich ihrer Neigung zur Darmblutung beim Abdominaltyphus; von den 304 Typhusfällen betreffen 142 männliche und 162 weibliche Kranke. Unter den 142 männlichen Typhuskranken traten bei 7, also in 4,93 % Darmblutung auf, unter den 162 weiblichen 21 Darmblutungen, also 12,96 %.

Also eine bedeutende Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes in Bezug auf die Neigung zu Blutung. Dagegen scheint der Einfluss der Darmblutung auf den Verlauf der Krankheit ein viel schlimmerer zu sein beim männlichen Geschlecht; denn wir sehen von den 7 Darmblutungsfällen bei Männern 4 letal enden = 57,14 %; bei den 21 Fällen bei Weibern 8 Todesfälle, also 33,1 %; es liegt hierin wohl nur eine Bestätigung der alten Erfahrung, dass Weiber gegen Blutverluste viel weniger empfindlich sind, als Männer.

Eine merkwürdige Verschiedenheit lässt sich konstatieren beim Vergleich der Häufigkeit der Darmblutungen in den einzelnen Jahrgängen; es kamen nämlich zur Beobachtung:

Im Jahre 1886 unter 43 Typhusfällen: 5 Darmblutungen, also: 11,6 %; im Jahre 1887 unter 51 Typhusfällen: 1 Darmblutung, also: ca. 1 %; im Jahre 1888 unter 52 Fällen: 7 Darmblutungen, also: 13,46 %; im Jahre 1889 unter 45 Fällen: 5 Darmblutungen, also: 11,1 %; im Jahre 1890 unter 26 Fällen: 2 Darmblutungen, also: 8 %; im Jahre 1891 unter 21 Fällen: 4 Darmblutungen, also: 19,05 %; im Jahre 1892 unter 21 Fällen: keine Darmblutung, also: 0 %; im Jahre 1893 unter 9 Fällen: 2 Darmblutungen, also: 22,2 %; im Jahre 1894 unter 14 Fällen: 2 Darmblutungen, also: 14,3 %; im Jahre 1895 unter 22 Fällen: keine Darmblutung, also: 0 %.

Strümpell findet an der Leipziger Klinik im Jahre 1880 sogar 18 %; er sagt, in den einzelnen Jahrgängen sei, unabhängig von der Epidemie, der Boden für die Blutungen besser geschaffen.

In Bezug auf die Neigung zu Darmblutungen in verschiedenem Lebensalter, haben wir festgestellt:

Unter 87 Typhus-Kranken in dem Alter von 13 bis 19 Jahren trat Darmblutung auf bei 5 = 5,7 %; unter 114 Kranken im Alter von 20 bis 24 Jahren: 16 = 14,03 %; unter 52 Kranken im Alter von 25 bis 29 Jahren: 3 = 5,8 %; unter 25 Kranken im Alter von 30 bis 34 Jahren: 0 = 0 %; unter 14 Kranken im Alter von 35—40 Jahren: 4 = 28,5 %. Bei älteren Kranken als 40 Jahre wurde Darmblutung nicht beobachtet.

Der Tod trat bei 12 unserer Fälle von Darmblutungen ein, also 42,85 %; und zwar bei 4 männlichen und 8 weiblichen Kranken. Es

wäre jedoch falsch, anzunehmen, dass in allen diesen Fällen von Darmblutung, die letal verliefen, die Darmblutung an dem ungünstigen Ausgang Schuld war; wir haben vielmehr aus den Krankengeschichten ersehen, dass dies nur in 7 Fällen, also 58,3%, der Fall ist, während die übrigen an anderen Komplikationen, oder direkt durch die Schwere der Infektion selbst tödlich ausgingen. Auch hier dürfte eine Unterscheidung von männlichen und weiblichen Kranken von Interesse sein, indem nämlich von den 4 letal verlaufenen Fällen bei Männern alle 4, also 100%, die Darmblutung als weniger oder mehr direkte Todesursache erkennen lassen, während von den letal verlaufenen Fällen bei Weibern nur 3 = 37,5% die Darmblutung als Ursache des Todes hatten.

Aus diesem und aus dem obigen Resultat der Vergleichung der beiden Geschlechter ergibt sich, dass beim männlichen Geschlecht die Darmblutung eine bei weitem wichtigere Bedeutung für die Prognose des Abdominaltyphus hat, als beim weiblichen.

Die Betrachtung der Zeit des Eintritts der Darmblutung in den einzelnen Fällen ergibt folgendes:

In der 1. Woche trat die Darmblutung auf in 1 Falle (derselbe endete letal),

in der 2. Woche trat die Darmblutung auf in 11 Fällen (davon endeten 5 letal),

in der 3. Woche trat die Darmblutung auf in 9 Fällen (davon endeten 4 letal),

in der 4. Woche trat die Darmblutung auf in 3 Fällen (davon endete 1 letal),

in der 5. Woche trat die Darmblutung auf in 2 Fällen (davon endete 1 letal),

in der 6. Woche trat die Darmblutung auf in 2 Fällen (davon endete 1 letal).

Die 2. und 3. Woche sind also, in Uebereinstimmung vieler anderer Statistiken, die bevorzugte Zeitperiode beim Typhus für den Eintritt der Darmblutung.

Dass besonders Recidive durch das Auftreten von Darmblutung ausgezeichnet sind, konnte ich nicht beobachten; nur zwei von den 28 Fällen fallen in ein Recidiv.

Eine Wiederholung der Darmblutung ist häufig zu beobachten. Einmalige Darmblutung, die sich nicht wiederholte, zeigte sich in 8 Fällen; tödlich verliefen 3 davon, einer an der Blutung direkt. 7 von diesen 8 Fällen waren unbedeutend, 1 enorm. Wiederholt hat sich die Darmblutung bei 20 Fällen und zwar innerhalb 24 h in 14 Fällen; innerhalb mehrerer Tage in 6 Fällen.

Bezüglich der Stärke der Blutung konnte beobachtet werden: eine geringe, bezw. mässige Blutung in 15 Fällen; davon endeten 2 tödlich;

eine bedeutende Blutung in 12 Fällen; davon endeten 10 tödlich.

Ohne Allgemeinsymptome zu machen, trat Darmblutung auf in 5 Fällen; Symptome zeigten sich in 20 Fällen: ein Sinken der Temperatur wurde in 12 Fällen beobachtet; dauernde Besserung des Allgemeinbefindens und Genesung im Anschluss an die Blutung in 2 Fällen.

Von den 20 Fällen mit Symptomen, waren geringe Darmblutungen: 8; bedeutende 12; also die bedeutenden machten sämtlich Symptome. Die Erscheinungen bestanden neben dem Temperaturabfall in kleinem, frequentem, dikrotem Puls; Blässe; Schüttelfrost, accident. Herzgeräusche, Apathie, Somnolenz, Koma, Kollaps.

Therapeutisch wurde vorgegangen in 18 Fällen; mit Erfolg in 11 Fällen, ohne Erfolg in 7; die Therapie bestand im Aussetzen der Bäder, Diät (kalter Milch, Wein, Fleischsaft), Opium per os und als Klystier, Eisblase auf den Leib, Eiswasserklystiere, Eispillen; ferner in einzelnen in Extract. Secal. cornut. 3mal täglich 20 g, Plumbum aceticum, Tanneinlauf; ausserdem Injektionen mit Acid. sclerotinicum.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich noch die Frage berühren: ob durch die in der neueren Zeit bei der Behandlung des Typhus abdominalis eine so wichtige Rolle spielende Hydrotherapie das Auftreten von Darmblutungen begünstigt werde.

Es liesse sich ja theoretisch die Bejahung dieser Frage ganz gut begründen: durch die infolge der Abkühlung der Haut eintretende Verengerung der Gefässe der Haut und folgenden Ischaemie derselben muss eine Kongestion nach den inneren Organen, so auch nach dem Darm hin erfolgen, wodurch der Blutdruck in den Gefässen dieser Organe gesteigert und eine Sprengung affizierter Gefässwände, oder Lösung von Thromben ausserordentlich begünstigt werden muss.

Ausserdem hat Fränkel (Berliner klinische Wochenschrift 1877. Nr. 21) darauf hingewiesen, dass im Bad durch den auf den Leib astenden Druck der Wassersäule die inspiratorische Thätigkeit, namentlich des Zwerchfells, erschwert wird, der durch die Inspiration gesetzte negative Druck im Thorax aber und mit ihm die Entleerung der Venen behindert werden muss.

In der Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 3. Januar 1877 (Berliner klinische Wochenschrift, 14. Jahrgang Nr. 21, „über Darmblutung bei Abdominaltyphus und ihr Verhältnis zur Kaltwasserbehandlung") wurde dieses Thema behandelt und von Goltdammer in folgender Weise klargelegt:

Er wies durch Statistiken über eine grosse Anzahl von Typhusfällen nach, dass der Prozentsatz der Darmblutungen bei den nicht mit Kaltwasser behandelten Typen kein wesentlich geringerer sei, als der bei den Typhus-Fällen, bei denen hydrotherapeutisch verfahren wurde. Er fand eine Differenz zu Gunsten der ersteren nur um $^1/_3$ %, ein Unterschied, der gewiss für die Bejahung unserer Frage nicht gross genug ist.

Der zweite Weg, den Wunderlich schon vor ihm betreten hatte, und der auch, wie Goltdammer selbst gesteht, zuverlässiger ist, bestand darin, festzustellen durch Statistik, wie lange nach dem zuletzt genommenen Bade die Darmblutung in den einzelnen Fällen aufgetreten ist.

Er geht von der Annahme aus, dass die weitaus meisten Blutungen innerhalb 6 Stunden nach ihrem Beginn nach aussen entleert werden, und dass man kein Recht habe, eine später als 12 Stunden nach einem Bade auftretende Blutung noch auf das Bad zu beziehen. Seine Untersuchungen ergaben, dass von 51 Fällen von Darmblutung nur 11 innerhalb 12 Stunden nach dem letzten Bade erfolgt waren; auch dieser Befund sprach also nicht für eine Vermehrung der Darmblutungen durch Kaltwasserbehandlung.

In der gleichen Sitzung sprachen sich auch B. Fränkel und Leyden in der gleichen Weise aus; der letztere sprach sich sogar auf Grund seiner in Berlin, Strassburg und Königsberg gemachten Erfahrungen dahin aus, dass er eher weniger als mehr Darmblutungen bei der Behandlung mit kalten Bädern gefunden habe. Er findet eine Schädlichkeit der Bäder nur in den Manipulationen bei denselben, weshalb er auch in der 3. Woche, wo die Gefahr der Blutung am grössten ist, mit den Bädern aussetzen lässt.

Lehnert dagegen sah bei Beobachtung einer grossen Anzahl von Fällen eine Vermehrung der Darmblutung unter der Bäderbehandlung. Liebermeister hinwiederum findet bei Vergleichung einer Anzahl nicht mit Kaltwasser behandelter und einer fast gleichen Zahl hydrotherapeutisch behandelter Fälle eine Verringerung der Darmblutungen um 2% bei den letzteren. In neuerer Zeit hat auch Kraft in Zürich die Frage in dieser Weise beantwortet, und es steht jetzt wohl fest, dass die Häufigkeit der Darmblutungen seit Einführung der Kaltwasserbehandlung thatsächlich geringer geworden ist; ist ja doch durch Einführung der Kaltwasserbehandlung der Verlauf des Typhus abdominalis überhaupt ohne jeden Zweifel sehr günstig beeinflusst worden.

Lehmann's medic. Hand-Atlanten

nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Bd. I. **Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe.** In 155 teils vielfarbigen Abbild. v. Dr. O. Schäffer. V. erweit. Auflage. geb. *M.* 8.—.

Bd. II. **Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.** Mit 160 meist farb. Abbild. u. 318 S. Text, von Dr. O. Schäffer. II. gänzlich umgearb. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 12.—.

Bd. III. **Atlas und Grundriss der Gynäkologie,** m. 207 meist farb. Abbildg. u. 262 S. Text, v. Dr. O. Schäffer. II. Aufl. Preis geb. *M.* 14.—.

Bd. IV. **Atlas der Krankheiten des Mundes, der Nase u. des Nasenrachenraumes.** Mit 64 color. Abb. Von Dr. L. Grünwald. geb. *M.* 6.—.

Bd. V. **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten.** Mit 65 color. Tafeln. Herausgegeben von Professor Mracek. Preis eleg. geb. *M.* 14.—.

Bd. VI. **Atlas und Grundriss der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** Mit 72 color. Tafeln. Von Prof. Mracek. geb. *M.* 14.—.

Bd. VII. **Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik.** Mit 149 farb. Abbild. Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. III. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 10.—.

Bd. VIII. **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** Mit 205 teils vielfarbigen Abbildungen. Von Prof. Dr. Helferich in Kiel. V. Auflage. Preis eleg. geb. *M.* 12.—.

Bd. IX. **Atlas des gesunden und kranken Nervensystems** nebst Abriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. Von Dr. Ch. Jakob. M. e. Vorrede v. Prof. Dr. Ad. v. Strümpell. II. Aufl. Preis *M.* 14.—.

Bd. X. **Atlas und Grundriss der Bacteriologie und bacteriolog. Diagnostik.** Mit ca. 700 vielfarbigen Originalbildern. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann u. Dr. R. Neumann. II. erw. Aufl. geb. *M.* 16.—

Bd. XI./XII. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie.** In 150 farb. Taf. Von Prof. Dr. O. Bollinger. 2 Bde. II. Aufl. geb. je *M.* 12.—

Bd. XIII. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre** v. Professor Dr. A. Hoffa in Würzburg. In 144 Tafeln. II. Aufl. Preis eleg. geb. *M.* 7.—.

Bd. XIV. **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.** In 44 farbigen Tafeln. Von Dr. L. Grünwald. Preis eleg. geb. *M.* 8.—

Bd. XV. **Atlas und Grundriss der internen Medicin und klin. Diagnostik.** In 68 farb. Tafeln. Von Dr. Chr. Jakob. Preis eleg. geb. *M.* 10.—

Bd. XVI. **Atlas und Grundriss der chirurg. Operationslehre.** Von Dr. O. Zuckerkandl. Mit 40 farb. Taf. u. 278 Textab. II. Aufl. geb. *M.* 10.—.

Bd. XVII. **Atlas der gerichtlichen Medicin** v. Prof. Dr. v. Hofmann. Mit 56 farb. Tafeln und 193 Text-Illustrationen. Eleg. geb. *M.* 15.—

Bd. XVIII. **Atlas und Grundriss der äusseren Erkrankungen des Auges** v. Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 67 farb. Abb. geb. *M.* 10.—

Bd. XIX. **Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde.** 40 farbige Tafeln, 141 Textabb. Von Dr. Ed. Golebiewski in Berlin. geb. *M.* 15.—.

Bd. XX/XXI. **Atlas und Grundriss der patholog. Histologie.** Spezieller Teil 120 farb. Taf. Von Dr. H. Dürck. 2 Bände. geb. je *M.* 11.—.

Bd. XXII. **Daselbe.** Allg. Teil. Mit 80 Tafeln. geb. *M.* 14. —.

Bd. XXIII. **Atslas und Grundriss der orthopäd. Chirurgie.** Von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. Mit 16 farbig. Taf. und 300 Textabb. geb. *M.* 15.—.

Bd. XXIV. **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Politzer in Wien herausgegeben von Dr. Brühl. Mit 40 farb. Tafeln und circa 60 Textbild. Preis circa *M.* 10.—.